

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1903

v

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 juillet 1905, à 1 heure

PAR

Henry LOZE

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Interne de l'hôpital N. de Rothschild et du dispensaire H. de Rothschild
de Berck-sur-Mer

DU

TRAITEMENT DES ADÉNITES CERVICALES Tuberculeuses chroniques

Président : M. DIEULAFOY, Professeur.

*Juges : MM. { DEBOVE, Professeur.
BUDIN, Professeur.
DEMELIN, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

Anatomie
 Physiologie.....
 Physique médicale....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Maladies des Enfants.....
 Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....
 Clinique d'accouchements.....
 Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile.....

M. DEBOVE.
 MM
 POIRIER.
 CH. RICHET
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD
 HUTINEL
 BRISSAUD
 LANNELONGUE.
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL
 RECLUS.
 POUCHET
 GILBERT
 CHANTEMESSE.
 BROUARDEL.
 DEJERINE.
 ROGER.
 HAYEM
 DIEULAFOY.
 DEBOVE
 LANDOUZY.
 GRANCHER
 JOFFROY
 GAUCHER
 RAYMOND.
 LE DENTU
 TERRIER
 BERGER.

DE LAPERSONNE
 GUYON
 PINARD.
 BUDIN.
 POZZI.
 KIRMISSON

Agréés en exercice.

MM.	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des
BRINDEAU.	GOUGET.	MAILLARD.	Travaux anatomiques.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A Madame la Baronne JAMES DE ROTHSCHILD

Hommage respectueux de ma bien vive gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Parmi les affections tuberculeuses, il en est une qui, par sa fréquence, par les cicatrices indélébiles qu'elle laisse trop souvent, est particulièrement redoutée du malade et du médecin. Nous voulons parler de l'adénopathie tuberculeuse du cou.

Connues depuis les temps les plus reculés, ces adénites chroniques, les ulcères et les cicatrices qui leur succèdent, étaient autrefois considérées comme la signature même de la scrofule. C'est le *pessimus colli morbus* d'Hippocrate.

Vers la fin du ^{xviii}^e siècle, avec les progrès de la science et surtout de l'histologie, cette affection entre dans une nouvelle phase. Le tubercule, en effet, entrevu par Bayle et décrit par Laënnec, est découvert dans un certain nombre de ganglions dits scrofuleux. En 1871, Schuppel (1) décrit la granulation grise dans ces mêmes ganglions, et la même année, Thaon, dans sa thèse de doctorat, ramène à la tuberculose toutes les adénites scrofuleuses. C'est là une conception nouvelle, et

(1) Schuppel. Untersuchungen über Lymphdrüsen Tuberculose Tübingen (1871).

successivement nous voyons Köster, Friedlander, Charcot, Lannelongue, Kiener, Brissaud, qui viennent la confirmer et la généraliser.

Dans la période contemporaine, on poursuit un nouveau but. La recherche du microbe inspire les travaux de Könheim, de Folkmann, de Krauze, qui identifient la scrofule de la tuberculose.

Souvent, ils trouvent le bacille ; si celui-ci manque parfois ou s'il ne se révèle pas à leur examen, ils établissent un critérium qui ne trompe jamais, l'inoculation.

La thérapeutique de cette affection a, elle aussi, traversé des phases diverses. Il semble que la crainte de la cicatrice, particulièrement désagréable dans cette région, ait inspiré les traitements prescrits par les anciens. Ils usaient, en effet, de pommades plus ou moins résolutives ou fondantes. Malheureusement, elles étaient le plus souvent inefficaces ; la guérison complète semblait être réservée aux privilégiés qui pouvaient prendre contact avec les mains du roi (1).

De nos jours, on a reconnu l'inefficacité de semblables remèdes. Avec les progrès de la chirurgie contemporaine, les praticiens ont voulu des guérisons à la fois sûres et rapides, et ils ont cru trouver dans l'ablation

(1) Les rois de France et d'Angleterre avaient le privilège légendaire de guérir les écrouelles par la simple imposition des mains. Cette pratique a été reproduite dans de nombreuses gravures, Van Meris, dans son excellent ouvrage : *La scrofule et le bain de mer*, l'a longuement décrite. M. le professeur Landouzy lui a consacré un très intéressant article dans la *Presse Médicale* du 10 mars 1905.

des ganglions malades, la cure radicale de l'ancienne écouvée. Ils auraient dû, croyons-nous, restreindre leur champ d'action aux adénopathies cervicales d'aspect malin, car l'adénite tuberculeuse se trouve mieux d'un traitement moins rapide et plus conservateur. Bien plus, la cicatrice que laisse toute intervention sanglante est inesthétique et il est du devoir du médecin de l'éviter par tous les moyens en son pouvoir. Ses conséquences, chez la femme surtout, sont, en effet, des plus fâcheuses, tandis que chez la jeune fille du monde, elle empêche, ou tout au moins, gêne considérablement l'usage du vêtement décolleté, parfois même est un obstacle au mariage, elle interdit souvent chez la jeune fille du peuple, l'accès de certaines professions, telles que celles de femme de chambre, bonne d'enfant, etc...

C'est cette crainte de la cicatrice et de ses conséquences qui a surtout inspiré ce travail. Le traitement que nous allons exposer n'est pas nouveau. S'il n'a pas encore la vogue qu'il mérite, c'est qu'il n'a pas donné, dans des mains expérimentées, le résultat qu'on est en droit d'en attendre. Pour être vraiment efficace le traitement conservateur des adénites tuberculeuses du cou, doit être pratiqué avec les soins les plus minutieux.

Nous nous sommes efforcé avant tout d'être pratique. Sans faire place, dans ce travail, à la moindre théorie, nous exposerons dans une première partie l'hygiène et le traitement général qui conviennent au scrofuleux. Après avoir rapidement passé en revue les méthodes

sanglantes de traitement local utilisées jusqu'à ce jour, nous exposerons dans une deuxième partie notre traitement de choix. Nous étudierons successivement sa technique dans les différents cas d'adénite tuberculeuse qui peuvent se présenter.

Le traitement des complications et des cicatrices fera l'objet d'un dernier chapitre.

Nous reproduirons enfin quelques-unes des observations de malades ainsi traités. Nous espérons qu'on les jugera concluantes.

PREMIÈRE PARTIE

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Comme dans toute maladie microbienne, chez le sujet atteint d'adénite cervicale tuberculeuse chronique, deux facteurs interviennent : c'est, d'une part, l'état général du malade, d'autre part, le bacille de Koch. Cette notion a été longtemps méconnue des médecins qui, s'attaquant trop exclusivement au microbe, négligeaient le terrain. « Mais, a dit le professeur Arnould, la science contemporaine, qui vit de recherches instrumentales et d'expérience devrait bien se défier d'elle-même lorsqu'il lui arrive de se séparer de l'observation. Au-dessus de tous les faits qui prouvent la nature parasitaire du tubercule et de beaucoup d'autres maladies, il y a une loi que la bactériologie elle-même a établie, c'est celle de la nécessité de l'adaptation réciproque du milieu et du parasite, de laquelle résulte la possibilité d'une protection de notre espèce contre les bacilles pathogènes, à l'aide de moyens généraux. On peut rendre ces terrains et ces humeurs impropres à la végétation du champignon néfaste. »

Ces moyens généraux donneront parfois une guéri-

son spontanée, surtout s'ils sont continués pendant longtemps. Aussi est-il du devoir du médecin de les bien connaître et de les appliquer dans tous les cas. Il doit, en effet, régler sa conduite sur ce précepte, que les adénites cervicales doivent guérir sans cicatrices. Nous allons donc passer en revue les moyens thérapeutiques dont nous pouvons disposer.

A. HYGIÈNE

Une adénite vient-elle à se déclarer chez un nourrisson ? On devra surveiller tout particulièrement le choix de la nourrice. La mère est-elle phtisique ? On dérogera aux lois habituelles et l'on interdira l'allaitement maternel. Si, au contraire, les antécédents tuberculeux sont du côté paternel, on n'autorisera la mère à nourrir qu'après avoir bien constaté qu'elle présente toutes les qualités d'une bonne nourrice. Au cas contraire, on lui préférera une nourrice mercenaire de premier choix.

L'allaitement artificiel sera absolument proscrit. Le sevrage devra être surveillé avec grande attention et, souvent, retardé bien au-delà des limites habituelles.

Comme l'ont recommandé Sydenham et Cullen, dès que l'enfant commencera à marcher, il faudra le soumettre au lavage froid le matin et l'exposer au grand air. Il faut, suivant la phrase de Peter « faire de l'enfant un petit paysan, changer la vie urbaine pour la vie agreste, la vie dans les chambres pour la vie des

champs, la privation du soleil par l'exposition au soleil, la crainte du froid par sa recherche, les bains chauds par les bains de rivière, le repos par l'activité, les exercices intellectuels par les musculaires, en un mot, vivre de la vie naturelle ».

Il doit être de règle constante que les chambres de tels malades soient largement et constamment aérées. Quel que soit le degré de la température, si le temps est sec, la fenêtre devra rester toujours ouverte ; seules, la pluie et l'humidité seraient une contre-indication. On prendra facilement cette habitude en commençant pendant la belle saison.

La question des vêtements ne doit pas être négligée ; on habillera ces enfants de lainage ou de coton, évitant autant que possible d'employer la toile, qui, imprégnée de sueur, favorise les refroidissements. Il faudra savoir prendre un juste milieu entre la préservation intensive contre le froid extérieur, et la méthode d'endurcissement qui, néanmoins, devra être préférée. On aura soin de préserver toujours les pieds de l'humidité et du froid.

L'alimentation est d'une importance capitale. Le régime a deux grandes indications : la qualité et la quantité. Pendant l'enfance, le régime végétarien est insuffisant, même accompagné de lait et d'œufs. On devra donner beaucoup de pain, des tartines de beurre, des œufs, du poisson et de la viande ; on insistera particulièrement sur les corps gras : beurre, graisse, huile, sardines à l'huile.

Il sera avantageux de donner des pommes de terre, des haricots, des pois et des lentilles, ces légumes étant préparés, de préférence, sous forme de purées. Le sel devra être largement prodigué. Le nombre des repas sera augmenté et porté à quatre par jour ; on pourra ainsi faire absorber au malade une quantité d'aliments beaucoup plus considérable sans surcharger son estomac.

La limite de la suralimentation ainsi obtenue, limite que l'on doit se garder d'atteindre, serait marquée par des troubles dyspeptiques : inappétence, vomissements, diarrhée ou constipation.

Les effets de la suralimentation seront plus sensibles, les limites de la méthode seront plus reculées, la surcharge alimentaire ne se produira plus, lorsqu'une direction intelligente et méthodique des exercices physiques sera imposée à l'enfant.

Nous disons *imposée*, car notre gymnastique française est aussi mal adaptée à l'hygiène morale de l'enfant qu'à son hygiène physique. Elle ne porte avec elle aucun amusement capable de remuer le goût de l'exercice, elle ne provoque aucun de ces élans de joie si nécessaires à l'épanouissement moral et physique de l'enfant. L'acte musculaire qu'il exécute est à l'avance « réglé comme une consigne ».

Le cadre que nous nous sommes tracé est trop restreint pour nous permettre de nous étendre longuement sur les différents genres de sport ; mais il est une question indispensable à résoudre pour prescrire avec quelque profit l'exercice. Quelle sera, en effet, la limite per-

mise, celle que l'on ne doit pas dépasser ? En d'autres termes, l'exercice physique doit-il être prolongé jusqu'à la fatigue ?

Nous répondrons hardiment par l'affirmative si, par fatigue, l'on entend une saine lassitude, sans douleur articulaire, sans la moindre élévation de température. Mais, la courbature fébrile est un indice caractéristique que le but a été dépassé, que l'enfant n'est plus dans les conditions physiologiques et que le travail de ses muscles, au lieu de produire des déchets facilement éliminables, donne des produits toxiques capables de provoquer un véritable empoisonnement. Comme l'a si bien dit le professeur Ag. Langlois, on doit considérer comme dangereux tout exercice qui entraîne un excès d'élimination d'urée.

Ainsi entendu, l'exercice produit une saine fatigue qui contraint l'enfant à demander lui-même son repos du soir.

« Pour les enfants, rien ne vaut le sommeil, surtout le sommeil nocturne. Il leur faut, suivant leur âge, dix ou douze heures de sommeil ; s'ils ont fatigué le jour, ce sommeil sera noblement gagné. Il répare les pertes de la journée et dispose admirablement à recommencer le lendemain (1) ».

La condition d'un repos prolongé a une importance de tout premier ordre. Si nous y insistons particulièrement, c'est que ce manquement à l'hygiène suffit souvent à enlever à l'enfant le bénéfice du traitement gé-

(1) Van Merris. *loc. cit.*

néral auquel il est soumis. On devra donc, se souvenant du vieux proverbe populaire : « Les heures de sommeil avant minuit comptent pour deux », habituer le petit malade à se coucher de bonne heure et à se lever tôt, c'est-à-dire, dès qu'il est réveillé.

La question du lit nous occupera peu. Nous ne saurions la mieux exposer qu'en empruntant la phrase de J.-J. Rousseau, qui, avec juste raison, s'oppose aux lits trop mous : « Il importe de s'habituer à être mal couché ; c'est le moyen de ne plus trouver de mauvais lit. En général, la vie dure une fois tournée en habitude, multiplie les sensations agréables ; la vie molle en prépare une infinité de déplaisantes. Les gens élevés délicatement ne trouvent plus de sommeil que sur le duvet ; les gens accoutumés à dormir sur des planches le trouvent partout.

Il n'y a pas de lit dur pour qui s'endort en se couchant (1).

En résumé, nous disposons de grandes ressources, pour traiter les adénites scrofuleuses, mais tous ces soins devront être dirigés avec prudence. On ne saurait en effet traiter tous les cas de la même façon : par exemple on ne soignera pas un enfant chétif, fiévreux, pâle, par des exercices trop violents, par l'hydrothérapie froide immodérée. Il faut agir selon le tempérament du malade.

(1) J.-J. Rousseau-Emile.

B. THÉRAPEUTIQUE

Par l'application de ces principes d'hygiène nous nous sommes proposé de fortifier l'organisme, de le protéger contre l'invasion microbienne. Le choix des médicaments aura pour but lui aussi, non de détruire l'agent pathogène, mais de donner à l'économie une vitalité plus grande, une résistance plus forte dans la lutte qu'elle soutient.

C'est dans ce sens qu'agit en partie l'huile de foie de morue ; mais elle n'est indiquée qu'en l'absence de fièvre et de troubles digestifs. Elle sera prise à des doses progressivement croissantes (Grancher), pure ou associée à l'iode et suivie de l'absorption de pepsine amylacée, dans les cas où elle est mal tolérée par l'estomac.

Le phosphate de chaux était autrefois très en honneur. M. le docteur A. Robin l'emploie actuellement sous forme de poudre d'os pulvérisée à la dose de une à deux cuillerées à café par jour. Il aurait sous cette forme, donné de bons résultats. Mais l'action des phosphates calcaires a été discutée.

Il semble, en effet, qu'il y ait défaut d'assimilation de ces sels. Aussi leur a-t-on préféré les hypophosphites de chaux ou de soude que l'on peut donner aux doses de 10 à 20 centigrammes par jour chez les enfants, suivant la formule de G. Lyon :

Hypophosphite de chaux....	2 grammes
Eau.....	200 —

une ou deux cuillerées à soupe par jour.

L'arsenic avait partagé la même vogue. Mais tout en reconnaissant son efficacité dans d'autres manifestations tuberculeuses, nous nous rangeons à l'avis de Frankel, et nous le croyons peu efficace même en injections interstitielles dans les cas d'adénopathies tuberculeuses.

On a obtenu de bons résultats de l'iode qui semble à Guéneau de Mussy, le médicament de choix. Cet auteur l'employait à la dose de X à XX gouttes dans de l'eau rougie ou du vin sucré. Il conseillait même l'iodure de potassium, que la syphilis soit ou non en jeu. Cette pratique a donné des succès à Potain. C'était le sirop iodotannique qu'il employait de préférence.

Legendre donne chez l'enfant :

Iodure de potassium..	} àa 1 gramme
Teinture d'iode.....	
Sirop antiscorbutique.	} àa 125 grammes
Sirop de quinquina...	

une cuillerée à café par jour.

Il donne chez l'adulte :

Teinture d'iode.....,	6 grammes
Iodure de sodium.....	15 —
Sirop de gentiane.....	200 —
Vin de Banyuls q. s. pour	1 litre

une cuillerée à soupe de ce vin au milieu des deux principaux repas.

C'est sous ces deux dernières formes que l'iode nous a donné les meilleurs résultats.

Dans certains cas, on se trouvera bien d'ordonner la créosote en ingestion ou en lavement.

Il sera bon de conseiller de temps en temps au malade, des inhalations de goudron ou d'eucalyptus. Le vin ou le sirop antiscorbutiques, le cresson, le houblon et les amers agissent en activant les fonctions digestives.

Nous avons particulièrement insisté sur ces conseils d'hygiène et de thérapeutique, qui sont faciles à suivre à la ville, dans un milieu même peu fortuné. C'est là, en effet, que la tuberculose trouve son plus vaste champ d'action.

Néanmoins, il est de notre devoir maintenant d'indiquer un traitement plus coûteux, plus difficile à faire accepter par les familles, mais aussi plus énergique, plus efficace, comme en témoignent de nombreuses statistiques. Nous voulons parler de la cure d'air, des stations thermales, du bain marin.

C. SANATORIUM, STATIONS THERMALES, BAIN MARIN.

Darembert a écrit : « H. Bennett, devenu tuberculeux à Londres, se voyant condamné par ses confrères à vivre dans une chambre surchauffée et étroitement close, partit pour Menton et s'étendit au soleil sur les rochers. » La cure d'air était créée.

Bien que la renommée des sanatoria n'ait cessé

d'augmenter depuis cette époque, on ne les a employés, dans les cas d'adénopathies tuberculeuses chroniques, que comme moyen de traitement préventif d'autres localisations. Aussi ne nous y arrêterons-nous pas longuement.

Jamais le sanatorium n'a émis la prétention de faire disparaître un ganglion tuberculeux. Plus efficaces sont les effets des eaux minérales et du bain marin. Nous regrettons, à ce sujet, que dans les stations balnéaires où l'on traite les adénites tuberculeuses par des bains et des boissons, les médecins trop confiants dans l'efficacité de leurs eaux, négligent les moyens adjuvants, tels que repos, suralimentation, etc...

On sait cependant l'heureuse influence des eaux sulfureuses. Barèges, Challes, Uriage, ont été tour à tour préconisées. Dernièrement, notre ami J. Privat, dans sa thèse inaugurale, exposait les résultats que l'on est en droit d'attendre de Cauterets.

Dans certains cas on retirera de grands bénéfices d'une saison à Salins du Jura, à Salies du Béarn, à Lavey (Suisse).

Les docteurs Cabrol et Tamisier ont présenté à l'Académie de médecine un mémoire dans lequel ils indiquent le résultat du traitement de l'engorgement ganglionnaire par les eaux chlorurées sodiques de Bourbonne. Ces résultats ne sont pas très différents de ceux obtenus par les eaux sulfureuses. En effet, tandis que ces derniers donnent 67 succès p. 100, la médication chlorurée sodique ne donne que 62,7 p. 100. Nous

sommes loin des résultats constatés dans la médication marine, qui, elle, fournit 75 p. 100 de guérison.

Nous n'insisterons pas sur l'action générale du traitement aux bains de mer. Nul n'ignore que la respiration est suractivée par l'absorption d'un air plus pur et plus vif. Les mensurations de la poitrine montrent que le diamètre thoracique a augmenté après quelque temps de séjour. On sait aussi que la circulation est améliorée et régularisée.

Le premier de ces phénomènes se traduit à la peau, dont la coloration est plus vive et parfois même est le siège de chaleur et de cuisson donnant une véritable fièvre locale. L'appétit est augmenté, l'assimilation est plus complète, en même temps que l'élimination, par les émonctoires est plus parfaite. Nous ne parlerons pas davantage de l'augmentation des globules sanguins, phénomène reconnu aujourd'hui d'une importance capitale.

Tous ces résultats ont été synthétisés dans l'admirable phrase de Michelet :

« ...Donc la science a pu dire à tous : ...Venez ici, Nations ; venez travailleurs fatigués, jeunes femmes épuisées, enfants punis des vices de vos pères ; — approchez, Pâle Humanité, et dites-nous en face de la mer ce qu'il vous faudrait pour vous relever. Ce principe, quel qu'il soit, il se trouve en elle... » (La mer).

Nous insisterons particulièrement sur l'influence du traitement marin, dans le cas qui nous occupe en particulier, l'adénite tuberculeuse.

Comme l'ont fort justement montré les statistiques

faites dans les hôpitaux militaires, il est un fait, ignoré de bien des praticiens, et sur lequel a insisté Van Merriis, c'est que l'influence de ce traitement est loin d'être la même pour tous les cas. En effet, à Dieppe, Richon voit les adénites fistulisées se cicatriser avec une grande rapidité tandis que les adénites indurées sont peu modifiées. Cocud, à Calais, fait la même remarque sur l'évolution des ganglions ouverts et suppurés; Baldy, à La Rochelle, pense que les adénites aiguës enflammées sont une contre-indication du bain de mer. Avec ces différents auteurs, nous pensons aussi qu'il est de toute première nécessité de ne pas imposer le même traitement marin aux différentes périodes des adénites.

Dans les cas indurés, la guérison est marquée par la disparition complète de la tumeur. Si celle-ci diminue seulement, on ne conclura qu'à l'amélioration. Or, pendant notre séjour à l'hôpital N. de Rothschild, de Berck, nous avons relevé à cet égard d'intéressantes constatations.

Chez l'enfant atteint d'adénites indurées, les tumeurs cessent de s'accroître dès l'arrivée à la mer. Après quinze à vingt jours, la masse unique primitive semble s'égréner en une série de petits ganglions indurés, et mobiles à la palpation. Ceux-ci à leur tour ne tardent pas à regresser lentement, mais d'une façon certaine et quelquefois même nous avons observé leur disparition complète. Mais, le plus souvent, de tels ganglions restent stationnaires, l'empâtement primitif persiste, la masse indurée ne progresse plus, mais fait toujours

saillie. On est en présence de ces états stationnaires qui désespèrent malades et médecins, et qui semblent attendre une défaillance de l'organisme pour reprendre leur marche primitive.

Au contraire nous avons observé que, dans les cas de ganglions ramollis, le résultat du bain marin était beaucoup plus satisfaisant. Tandis qu'à la ville, il fallait un nombre considérable de ponctions pour tarir une suppuration qui semblait inépuisable, il suffit, à Berck, de quelques semaines, je dirai presque de quelques jours pour assécher la poche la plus rebelle. On pourrait suivre presque *de visu* le mécanisme de cette guérison, lorsqu'on se trouve en présence d'une adénite malencontreusement ouverte par la nature ou par le chirurgien. Dans ce cas, comme l'a signalé Van Merris, « sous l'influence des bains de mer, le fond de l'abcès se déterge, le foyer se comble, les bourgeons charnus prennent un plus bel aspect, puis les décollements s'emplissent et les parois contractent des adhérences, jusqu'à ce que, à la fin, les fistules elles-mêmes et les ulcères finissent par se tarir ».

Or, si la médecine ancienne reconnaissait deux stades différents dans l'évolution des adénites tuberculeuses cervicales chroniques, nous verrons que, par notre traitement de choix, nous ne voulons avoir à traiter que des ganglions à la deuxième période de leur évolution, c'est-à-dire, ces ganglions mous, suppurés, sur lesquels, de l'avis de tous les médecins maritimes, les bains de mer ont une si heureuse influence. Aussi, lorsqu'un malade, porteur d'une adénite non encore ramollie,

arrive au bord de la mer, le devoir du médecin est-il de surveiller pendant quelques jours son malade, pour voir si la guérison spontanée ne se produira pas.

Dans le cas contraire, il doit, pour faire rendre au traitement marin son maximum d'effet, ramollir par des injections modificatrices le ou les ganglions indurés. Lorsque ce résultat sera obtenu il devra alors *prescrire* les bains de mer qui compléteront avantageusement la thérapeutique.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT LOCAL

CHAPITRE PREMIER

Au point de vue de la thérapeutique locale, le médecin aura à distinguer des variétés différentes.

Nous ne citerons que pour mémoire la MICRO-POLYADÉNITE D'HUTINEL, caractérisée par la présence de petits ganglions disséminés le long des trajets lymphatiques isolés les uns des autres et du volume moyen d'un grain de plomb. Dans ces cas, en effet, le traitement général, tel que nous venons de l'exposer, suffira le plus souvent à assurer la guérison.

Dans le cas, au contraire, où le tissu périganglionnaire a réagi, où l'on a une masse plus considérable, on peut, de par l'anatomie pathologique, reconnaître deux stades dans l'évolution de cette affection.

Le premier est caractérisé à la vue, par la présence d'une tumeur saillante sous la peau, qui a, le plus souvent, sa coloration normale. Rarement, on observe une guérison spontanée ou obtenue par l'application de pommades plus ou moins résolutives ou fondantes. Quelquefois, cet état restera stationnaire, la tumeur ne se modifiant que très lentement et d'une manière im-

perceptible. Le plus souvent, elle tendra vers le deuxième stade de son évolution.

Celui-ci est caractérisé par une tumeur plus ou moins molle, fluctuante par places et qui, abandonnée à elle-même, tendra à se faire jour, rarement vers l'intérieur, plus souvent à la peau. Cette dernière est alors d'un rouge vineux, mince, tendue. Une fistule ne tarde pas à se former, par où s'écoulera le pus.

Quoi qu'il en soit de ces diverses formes et de leurs aspects cliniques différents, elles sont toutes justiciables d'un traitement local et d'un traitement général. Nous avons déjà vu le traitement général.

Toutes les méthodes de traitement local peuvent être rangées sous deux groupes :

1^o Méthode sanglante.

2^o Méthode non sanglante.

A. — MÉTHODE SANGLANTE

La méthode sanglante comprend : l'extirpation, le curettage, le curage sous-cutané (*Van Lesser*), l'extirpation sous-cutanée (*Dollinger*), enfin l'ignipuncture (*Heinacher*).

De toutes ces méthodes, nous en retiendrons deux seulement, l'extirpation et le curetage, les autres n'en étant que des dérivés.

L'extirpation consiste à enlever le plus complètement possible, après une incision cutanée, les ganglions atteints de tuberculose. Cette méthode prête le flanc à plusieurs reproches.

Nous les exposerons en quelques lignes :

1° Elle est le plus souvent incomplète, et donne naissance, par suite, à de fréquentes récides.

2° Elle est d'une pratique difficile et souvent dangereuse, la situation même du champ opératoire exposant à la blessure de gros vaisseaux et des nerfs du cou ; on n'en ignore pas les graves conséquences.

3° Elle favorise, sinon provoque, les accidents de généralisation tuberculeuse par auto-inoculation traumatique.

4° Enfin, elle laisse une cicatrice toujours inesthétique et que la thérapeutique non sanglante eût évitée.

Les partisans de l'extirpation objectent que les récides sont infiniment plus rares qu'on ne pourrait le croire (statistique de Maire, Bruhn, Haehl, Manson). Nous avons pu relever le chiffre de 30 p. 100 dans une récente revue (1). Pour eux, c'est une opération certes difficile, mais qui ne donne pas lieu à des morts opératoires, à moins de grave faute de la part de l'opérateur.

Certes, quand l'affection est nettement localisée, quand il s'agit d'un individu absolument indemne de toute autre lésion de tuberculose, quand les ganglions sont encore durs, facilement enlevables, l'extirpation paraît être la méthode de choix. Cependant les cicatrices défectueuses, souvent enlaidies par une kéloïde

(1) Lévy et Clément. Adénites cervicales chroniques (*Gazette des hôpitaux*, 1905, n° 17).

consécutives, les dangers incontestables de généralisation tuberculeuse doivent faire rejeter cette méthode d'une façon absolue, comme procédé initial. On ne devra donc y recourir qu'en dernière ressource, après avoir essayé la méthode conservatrice et en particulier, les injections interstitielles.

Quant au curettage, il n'y a pour ainsi dire pas lieu de le séparer de l'extirpation proprement dite, dont il constitue l'un des *modus faciendi* au cas de ganglion ramolli.

Pour qu'il soit d'une utilité réelle il doit être aussi complet que possible, et ainsi compris il n'est pas sans danger. Dans presque tous les cas, en effet, la paroi des gros vaisseaux du cou est entourée et imprégnée de fongosités. On comprend sans peine le danger qui arrête la main de l'opérateur, et qui rend cette intervention presque toujours inutile.

B. MÉTHODES CONSERVATRICES

Nous en arrivons donc aux méthodes non sanglantes ou conservatrices.

Compression, révulsion, pommades dites fondantes, telle est la vieille formule qui synthétisa pendant longtemps le traitement conservateur appliqué aux adénites cervicales tuberculeuses chroniques.

Actuellement, il n'y a lieu de parler que d'une seule méthode conservatrice, celle des injections interstitielles.

Pratiquée pour la première fois par Luton, de Reims,

puis par Dumesnil, de Rouen, qui injecta en 1867 du perchlorure de fer, cette méthode a été pratiquée jusqu'à nos jours. Nombre d'agents médicamenteux ont succédé au perchlorure de fer, et alternativement, nous voyons injecter le chlorure de zinc à 8 p. 100, l'acide phénique à 8 p. 100, la teinture d'iode, 5 à 10 gouttes tous les quatre jours, la liqueur arsenicale de Fowler à doses progressivement croissantes (8, 10 12 gouttes) une solution phéniquée à 3 p. 100 (Schuller), le nitrate d'argent en solution. L'iodoforme en solution dans l'éther, ou en émulsion dans la glycérine, l'huile ou la vaseline, a joui d'une célébrité particulière. Vercher, en 1886, en a exposé la technique d'après la pratique de Verneuil. Cette technique varie suivant que l'on se trouve en présence d'un ganglion non suppuré ou d'un ganglion suppuré, d'un abcès froid ganglionnaire. Dans le premier cas, on injecte dans l'épaisseur du ganglion une demi-seringue de Pravaz d'éther iodoformé à 10 p. 100 et l'on renouvelle cette injection tous les 8 à 10 jours. La durée moyenne du traitement est de deux mois et demi. Après chaque injection, on voit le ganglion se gonfler, cependant qu'il devient douloureux. Dans l'intervalle des injections au contraire, il se réduit jusqu'à ne plus former qu'un noyau dur et indolent.

Si l'on se trouve en présence d'un ganglion suppuré, d'un abcès froid ganglionnaire, Vercher le ponctionne avec l'aiguille n° 3 de Dieulafoy, évacue le pus et injecte 10 à 15 grammes d'éther iodoformé à 10 p. 100. Il renouvelle deux ou trois fois ces injections.

Personnellement, nous avons employé tour à tour le

thymol camphré, le phénol sulfo-riciné, le salol iodoformé et le naphtol camphré. C'est ce dernier médicament qui nous a donné les meilleurs résultats. C'est donc la technique de ses injections que nous décrivons.

NAPHTOL CAMPHRÉ. — Cet agent médicamenteux a été l'objet de fréquentes polémiques. Nombreux ont été ses partisans, plus nombreux encore ses adversaires. Quant à nous, nous sommes loin de l'optimisme dont MM. Périer et Reboul ont fait preuve à diverses reprises, au sujet de son innocuité.

A l'encontre de leur opinion, des faits précis et nombreux sont venus démontrer d'une façon certaine la toxicité de ce médicament, due pour certains à l'idiosyncrasie, pour beaucoup à une véritable altération du naphtol, pour d'autres à une lésion du filtre rénal, et pour les derniers, à des embolies graisseuses. De toutes ces opinions, nous n'en retiendrons que deux : action toxique, spécifique pour ainsi dire, du naphtol (peut-être du camphre) ; action emboligène, commune à toutes les substances huileuses. Nous pouvons éviter les premières en employant des doses minimales ; les secondes, en émulsionnant le naphtol le plus finement possible. Quoi qu'il en soit, chaque fois que l'on fera une injection de naphtol camphré, on ne négligera aucune des précautions suivantes, car si ce médicament est dangereux, il l'est surtout entre des mains inexpérimentées.

On devra donc :

1° L'employer frais ;

2° Employer des mélanges conservés à l'abri de l'air et de la lumière ;

3° Ne l'employer jamais que mélangé à une matière inerte. Dans ces derniers temps, nous nous sommes trouvé tout particulièrement satisfait d'un mélange, à parties égales, de naphthol et d'émulsine, mélange expérimenté à maintes reprises, par le docteur Calot, et qui jamais, jusqu'à ce jour du moins, n'a provoqué d'accidents mortels.

La formule que nous avons utilisée est la suivante :

Naphtol camphré.....	1	gramme
Emulsine	1	—
Glycérine pure et neutre...	3	—

à mélanger dans un mortier au moment de s'en servir.

On peut encore employer le mélange suivant :

Huile stérilisée.....	34	grammes
Ether.....	34	—
Naphtol camphré...	20	—
Iodoforme.....	9	—
Créosote	2	—
Gaïacol.....	1	—

4° Ne jamais injecter au début une dose supérieure à 1 gramme ;

Nous considérons 2 grammes comme un maximum qu'il est dangereux d'atteindre.

5° Injecter lentement, très lentement, sous faible pression. (*Dans les véritables orgies de naphthol que faisaient les pères de la méthode, on n'a jamais signalé*

d'accident, car ils se contentaient de faire de grands lavages des articulations sans aucune pression.)

6° Ne pas injecter dans un abcès qui saigne et bien s'assurer qu'on n'est pas dans le tissu sain.

Ainsi employé, le naphthol camphré ne nous a jamais donné d'accident grave dans les quelques centaines d'injections que nous avons vu faire ou faites nous-même. Par contre, il nous a paru infiniment supérieur à tous les autres liquides, en provoquant la suppuration rapide, en agissant comme une véritable curette intelligente.

Malgré toutes les précautions, il peut arriver que l'absorption immédiate d'une certaine quantité de naphthol provoque quelques troubles : irritation pharyngienne déterminant un spasme pharyngien qui se traduit par une série de petits accès de toux sèche et brève ; goût de camphre persistant dans la bouche, salivation plus ou moins abondante. Nous n'avons jamais observé ces accidents plus graves qui ont été décrits tels que convulsions toniques, puis cloniques généralisées, pseudo-crisis d'épilepsie, et nous estimons qu'ils ne doivent pas, qu'ils ne peuvent pas se produire, si le naphthol est injecté dans les conditions ci-dessus énoncées. Quelle est donc la conduite à tenir, lorsque le malade paraît légèrement incommodé par son injection.

Il faut dans ce cas, interrompre immédiatement l'injection et retirer la seringue en laissant l'aiguille en place. Si ces accidents paraissaient prendre des pro-

portions inquiétantes, on pourrait retirer, au moyen de l'aspirateur, tout ou partie du liquide injecté.

Avant toute intervention, on se sera assuré préalablement de l'intégrité du territoire lymphatique desservi par le ou les ganglions malades. Nous ne saurions insister suffisamment sur ce point. Maintes fois, en effet, il nous est arrivé de nous trouver en présence d'une adénite longue à guérir et dans laquelle le traitement que nous allons exposer semblait devoir être en défaut. C'est alors que cherchant la cause de cet insuccès, l'examen nous révélait, dissimulée sous les cheveux, une petite plaie du cuir chevelu, ou bien une légère excoriation de la peau de la face ou du cou. D'autres fois encore, nous apprenions que l'enfant avait un coryza ou une otite chronique, le plus souvent enfin, c'était dans la bouche au niveau d'une dent cariée ou plus simplement mal plombée, que se cachait la porte d'entrée, cause de l'insuccès. Un simple pansement, des lotions antiseptiques fréquentes, une avulsion dentaire, ont toujours suffi à rendre normale l'évolution du ganglion. Ces précautions générales devront être prises, quelle que soit la forme clinique que l'on ait à traiter.

CHAPITRE II

I. — Technique opératoire dans les cas typiques.

Nous prendrons, pour être aussi complet que possible, les formes cliniques résumant les différents cas en présence desquels on peut se trouver, et nous indiquerons le manuel opératoire propre à chacun d'eux. Étudions d'abord le cas le plus simple, celui qui donne le maximum de succès dans le minimum de temps.

I. *Le ganglion est déjà ramolli.* — Le ganglion est ramolli dans toute son étendue et la palpation y décèle facilement la fluctuation caractéristique, en un mot, il est mûr pour l'incision au bistouri des anciens chirurgiens. Dans ce cas, le malade étant assis, nous pratiquons, après la désinfection classique du champ opératoire et une anesthésie légère au chlorure d'éthyle, une ponction avec l'aiguille n° 4 de l'aspirateur Dieulafoy. Nous adaptons à l'embout de l'aiguille l'aspirateur de M. Calot. Le pus s'écoule.

Généralement, à cette première ponction, le pus est blanc jaunâtre, assez épais, renfermant de nombreux grumeaux, vestiges de fongosités, qui, parfois, viennent obstruer l'aiguille. Pour la déboucher point n'est besoin de la retirer. Il suffit d'injecter par l'embout un liquide

quelconque. Nous nous servons généralement d'eau stérilisée.

On arrête l'aspiration avant la complète évacuation de l'abcès ou bien lorsqu'une goutte de sang apparaît. Retirant alors l'aspirateur, on injecte par l'aiguille que l'on a laissée en place, un gramme de notre solution naphtolée.

Dans le cas particulier qui nous occupe, c'est-à-dire en injectant dans une poche préformée, nous n'avons jamais vu d'accident se produire et c'est en vain que nous en avons cherché dans la littérature médicale.

Le surlendemain, on fera dans les mêmes conditions une seconde ponction évacuatrice, en ayant soin de faire passer l'aiguille par l'orifice initial, précaution qui sera renouvelée dans la suite ; cette ponction sera suivie à son tour d'une nouvelle injection. On procédera de même une troisième, une quatrième fois, espaçant les ponctions de deux en deux jours. Quand devra-t-on s'arrêter ? La réponse nous est fournie par l'examen du pus. Tandis que l'aspiration ramenait au début un liquide blanc jaunâtre, grumeleux et épais, nous constatons que sous l'influence des injections répétées, la suppuration devient plus abondante et passe successivement par le vert couleur purée de pois, le brun rougeâtre, pour arriver finalement au brun chocolat. En même temps, et c'est là le phénomène capital, les grumeaux disparaissent, l'aspirateur ne contient plus qu'un liquide fluide et très légèrement filant. Il est temps alors, d'interrompre les injections. On vide complètement l'abcès, sur lequel on installe à demeure un pansement aussi

compressif que possible. Il suffit dès lors de surveiller l'abcès tous les quatre ou cinq jours, et, le plus souvent, après une ou deux ponctions, au maximum, toute trace d'abcès a disparu. Quelques jours plus tard, la légère marque laissée par les passages successifs de l'aiguille n'est plus perceptible, la guérison est complète et le malade n'a pas de cicatrices.

Le ganglion est dur. — Dans un deuxième cas, nous avons à traiter une adénite à type sec. Il s'agit alors de ganglions isolés ou réunis en paquets, qui s'engorgent, grossissent, acquièrent peu à peu le volume d'une amande, d'une noix, d'un abricot. Ces ganglions sont globuleux ou ovoïdes, fermes, rénitents, indolents ou à peu près. Ils sont mobiles sous la peau, et, après des mois et même des années, ils reprennent lentement leur volume primitif; ou bien rétractés et scléreux, ils restent pour toujours à l'état de noyaux indurés.

Or, nous savons qu'il est relativement facile d'arriver rapidement à la guérison d'un abcès froid par des ponctions et des injections de liquide modificateur. Le problème à résoudre est donc le suivant : Transformer cette masse dure dont la résorption ne se ferait que très lentement, en un abcès à contenu fluide, évacuable par l'aiguille n° 4 de l'aspirateur Dieulafoy. Nous y arriverons facilement, fatalement, inévitablement, en injectant du naphthol camphré, que nous préférons encore de beaucoup aux autres liquides modificateurs, car il amène plus sûrement la fonte du tuberculome.

Le manuel opératoire sera sensiblement le même, mais comme tous les médicaments très actifs, le naph-

tol est dangereux ; aussi, est-il certaines précautions indispensables que l'on n'aura pas le droit de négliger.

C'est, nous l'avons vu, dans les injections faites sous pression, dans des tissus résistants, que le naphtol nous a paru dangereux. Il faudra donc, après s'être assuré que l'aiguille a bien pénétré dans le ganglion, et qu'il n'y a pas d'écoulement de sang, injecter lentement, très lentement, en surveillant le malade. On devra être prêt à interrompre l'injection, et même à aspirer, si c'est nécessaire, tout ou partie du liquide injecté, au moindre trouble accusé par l'opéré. Le médecin doit se souvenir qu'il ne fait pas une injection banale de cacodylate ou de morphine, mais qu'il use d'un médicament délicat à manier. S'il est en droit d'attendre d'une injection les résultats d'une opération sanglante, il doit savoir qu'il en court les dangers.

A la suite de cette injection, il n'y a généralement pas de réaction du côté de l'organisme. Au point de vue local, on observe quelques heures après, un gonflement appréciable des ganglions, la peau qui les recouvre devient rouge, tendue, en même temps que se manifeste une douleur sourde, peu marquée à la vérité, et constituant plutôt une sorte de gêne qu'une véritable douleur. Cette sensation pénible cède, d'ailleurs, spontanément, au bout d'une journée, au maximum.

Le lendemain ou le surlendemain, au plus tard, on renouvelle l'injection ; on en fait de même une troisième, puis une quatrième, etc., ne laissant jamais entre elles plus d'un ou deux jours d'intervalle. Il im-

porte, en effet, de ne pas laisser à l'inflammation le temps de disparaître ; nous risquerions ainsi d'éviter la suppuration que nous nous proposons de rechercher.

Vers le cinquième jour, c'est-à-dire après la troisième ou la quatrième injection, on découvre de la fluctuation, et une ponction pratiquée au moyen de l'aiguille n° 4 de Dieulafoy, ramène un liquide épais, visqueux, brunâtre, couleur chocolat, contenant de petits grumeaux blancs ou jaunâtres qui ne sont autres que des débris de fongosités. Il est bon de ne pas se servir d'un aspirateur volumineux et de ne pas pousser à bloc cette évacuation. On se trouve alors en présence d'un ganglion suppuré que nous traiterons comme dans le cas précédent, en ayant soin de poursuivre les injections jusqu'à disparition de toute trace d'induration.

CHAPITRE III

Technique opératoire dans quelques cas particuliers.

1° Le ganglion de consistance scléreuse semble s'éterniser dans cette forme.

Après avoir exposé la technique opératoire dans les cas typiques, il nous faut maintenant étudier, au point de vue du traitement, deux formes de l'adénite cervicale tuberculeuse chronique, qui semblent être situées aux deux pôles de l'évolution de cette affection. L'une est caractérisée par la présence d'une tumeur dure, résistante, de consistance presque scléreuse, d'un volume souvent considérable et généralement stationnaire. Il s'agit donc d'une adénite, dont le premier stade de l'évolution semble devoir s'éterniser.

Dans le second cas, le ganglion est au stade d'évolution où l'on peut encore obtenir la guérison sans cicatrice, mais la limite est extrême, dans quelques heures il sera trop tard. On se trouve, en effet, en présence d'une peau très amincie, sa coloration d'un rouge vineux, témoigne de l'atteinte grave portée à sa vitalité, le doigt n'ose pas rechercher la fluctuation, la poche est prête à crever, la fistule va s'établir.

Quand on aura à traiter la première de ces deux formes, la technique opératoire précédemment décrite pour le cas du ganglion au premier stade d'une évolution normale, devra être légèrement modifiée.

En effet, tandis que, normalement, après la troisième ou quatrième injection, on peut, par une ponction évacuatrice retirer du pus, témoignant de la fonte des fongosités, dans le cas présent, on constate que les injections semblent inefficaces, la ponction est toujours blanche. Il semble donc que la méthode soit en défaut.

Cependant, même dans ces formes à première vue rebelles, il faut encore se garder d'un découragement trop prompt qui conduirait fatalement le chirurgien à une intervention sanglante. Nous ferons dans les cas de ce genre une injection massive de deux ou trois centimètres cubes de notre solution. Cette injection sera difficile à faire, la résistance considérable du tissu ganglionnaire s'opposant à la pénétration du liquide, mais si l'on a soin de pousser lentement et d'une manière continue sur le piston, on arrivera, au bout de quelques minutes, à faire pénétrer la totalité du contenu de la seringue. Il faut, dans ces cas, s'armer de beaucoup de patience. De la lenteur de l'injection, dépend non seulement son succès, mais encore son innocuité. Par une manœuvre trop brutale, le chirurgien s'exposerait à projeter le liquide en dehors du tissu morbide. Une partie de la solution pénétrerait en tissu sain et exposerait le malade aux dangers qui, bien que nous ne les

ayons jamais observés, sont signalés par nombre d'auteurs.

Quelques heures après cette intervention, le malade accusera une sensation de tension, de gêne, parfois même de douleur, au niveau du ganglion. La peau sera rouge, comme enflammée, on se croirait presque en présence d'un abcès chaud au début de son évolution. Le malade présentera parfois une légère réaction, se traduisant par de l'abattement, de l'inappétence, une lassitude générale. Rarement, le thermomètre montera au-dessus de 38°. Après cette injection, on laissera l'opéré au repos pendant quatre ou cinq jours, ne faisant nulle intervention sur le ganglion. Il sera bon cependant, de surveiller l'état local. Vers le cinquième jour, la masse est ramollie, on sent une fluctuation manifeste, et cependant, dans les cas les plus rebelles la ponction ne ramène encore que quelques gouttes de liquide. On pratique alors une nouvelle injection d'un centimètre cube seulement. Deux jours après, les fongosités sont détruites, le pus s'écoule dans l'aspirateur. L'évolution ultérieure est alors la même que dans le cas normal, dont elle ne se différencie que par une plus grande lenteur à se ramollir.

2° *Le ganglion menace de se fistuliser.*

La suppuration, au contraire, est-elle abondante, et l'abcès menace-t-il de s'ouvrir, le danger est plus grand, la technique plus délicate : il faut, à tout prix, éviter la fistule, qui ne demande qu'à se former. On

doit ponctionner aussitôt de tels abcès en prenant quelques précautions. C'est ainsi que, dans ces cas, l'anesthésie locale doit être repoussée, le chlorure d'éthyle ayant toujours une action plus ou moins nécrosante sur les tissus. Le point par où passe l'aiguille est choisi en tissu sain, loin par conséquent de l'abcès que l'on atteint par un trajet oblique sous-cutané, car la petite plaie que l'on crée ainsi pourrait ne pas se refermer si elle siégeait sur une peau altérée et donner par suite naissance à une fistule. Cette première ponction est suivie d'une sorte de lavage de la cavité. Pour ce faire, par l'aiguille laissée en place, on injecte un ou deux centimètres cubes de la solution naphtolée qu'on laisse séjourner deux minutes et qu'on aspire aussitôt après. Il est bon alors de faire une compression assez forte, avec la main reposant à plat, ou avec un tampon d'ouate hydrophile préalablement humecté. Cette compression est maintenue un quart d'heure environ.

Nous préférons la faire avec la main, car, à la région du cou, un pansement ne peut être très compressif. Dans quelques cas, sous l'influence du lavage au naphtol, le pus se reforme et nécessite une ponction évacuatrice; celle-ci n'est suivie d'aucune intervention. Un pansement compressif est fait alors de la manière suivante: une compresse de gaze est mise à plat sur l'abcès, au dessus d'elle on place de petits filaments d'ouate hydrophile humide, filaments roulés en forme de fuseaux et suffisamment serrés, de la longueur de l'abcès et d'une largeur d'un centimètre environ. Ils sont placés sur une seule épaisseur, les uns à côté des

autres, en nombre suffisant pour couvrir toute la superficie de l'abcès. On fixe le tout par quelques tours de bande de crêpe Velpeau aussi serrés que peut le tolérer le malade.

On surveille l'abcès toutes les deux ou trois heures et l'on ponctionne simplement toutes les fois que la tension de la poche le réclame. Nous avons vu des cas où il a été nécessaire de faire jusqu'à cinq ponctions dans la journée. Généralement, le lendemain une ou deux ponctions suffisent ; il en est ainsi pendant deux ou trois jours. Petit à petit, la peau reprend sa vitalité, sa consistance devient plus ferme, toute crainte de fistule a disparu et la technique dès lors est celle que nous avons précédemment exposée.

En procédant ainsi, nous n'avons jamais vu se produire d'ouverture spontanée. Le chirurgien ne doit donc pas encore, dans ce cas, préférer l'incision chirurgicale par crainte d'une fistule qui ne se produira pas.

CHAPITRE IV

Traitement des complications.

I. *L'adénite est déjà fistulée.*

Nous nous trouvons en présence d'un ganglion malade depuis quelque temps : un abcès s'est formé, cet abcès a été ouvert par un chirurgien où s'est fistulé spontanément. Si une intervention chirurgicale a été la cause de la fistule, elle a été plus ou moins radicale ; le fait nous importe peu : nous avons à traiter une suppuration ouverte qui ne se tarit pas.

La première question à résoudre est la suivante : Y a-t-il ou n'y a-t-il pas infection secondaire ?

Dans certains cas le diagnostic s'impose : nous constatons une hyperthermie très accentuée, la cachexie tuberculeuse avec dégénérescence viscérale, un gros rein avec albuminurie, un gros foie, etc.

Dans d'autres cas la fièvre n'est pas encore apparue, encore moins les lésions viscérales. Pour résoudre le problème, nous nous baserons sur les phénomènes fébriles, la qualité du pus, et sur la réaction que présentera le malade à la suite d'une injection de naphthol camphré. Nous injectons donc dans la fistule, une cer-

taine quantité de notre solution modificatrice, que nous maintenons en place en obturant au moyen de tampons d'ouate tous les orifices fistulisés. Le malade réagit-il ? A-t-il une élévation notable de température le soir ou le lendemain ? Nous pouvons affirmer l'infection secondaire. C'est là un véritable traitement d'épreuve.

Dans ce cas l'abstention complète de toute intervention est de rigueur. Il nous reste comme ressource les diverses opérations chirurgicales, ablation, curettage, drainage, pansements antiseptiques, et surtout traitement médical, reconstituant et tonique.

Dans le cas au contraire, où il n'y a pas d'infection secondaire, notre premier soin sera d'éviter qu'elle se produise. La propreté méticuleuse du territoire lymphatique desservi par le ganglion, l'asepsie la plus rigoureuse qu'il soit possible nous permettra de l'éviter.

Mais là ne doit pas se borner notre thérapeutique. Nous ne devons pas nous avouer désarmés devant ces interminables suppurations.

Par un examen minutieux nous chercherons si, dans le voisinage de l'ouverture fistulisée, nous ne trouvons pas ce lambeau nécrosé, cause de cette suppuration. Si nous sommes assez heureux pour le découvrir, avec le minimum d'effraction et de traumatisme enlevons-le. La fistule se tarira d'elle-même, la guérison sera obtenue. Mais nous ne devons pas oublier, qu'en intervenant maladroitement et trop largement, nous risquons de disséminer dans l'organisme des bacilles prêts à coloniser.

Si notre recherche est infructueuse recourons à la méthode conservatrice et bornons nous aux pansements secs et aseptiques.

Nous pouvons encore agir plus activement par des injections dans le ganglion fistulisé. La seule condition importante et, avouons-le, la plus difficile à réaliser, c'est le maintien du liquide au contact des fongosités. Les injections dans ce cas peuvent se faire de deux façons. On peut directement par le trajet fistuleux, injecter la solution au moyen d'une seringue en verre à embout d'ébonite. Il est inutile de dire que, s'il existe d'autres fistules, quelques tampons d'ouate hydrophile humide les auront préalablement obturés, car la condition *sine qua non* du succès est le maintien du liquide au contact des fongosités entre deux pansements consécutifs.

Le second procédé consiste à injecter directement dans le ganglion, à travers les tissus sains, la solution naphtolée. Il est indispensable et cela se conçoit, d'obturer comme précédemment les orifices fistuleux.

Cependant, lorsque l'abcès fistulisé, traité comme nous venons de l'indiquer, sera presque tari, lorsque le pansement ne sera plus taché que par une légère goutte de pus très limpide, si la fistule persiste nous pratiquerons en même temps que le traitement marin ou thermal, des cautérisations au nitrate d'argent aussi profondément que possible dans le trajet fistulisé.

La plaie sera alors rarement lavée, le pansement sera fait à sec et soigneusement aseptique.

Souvent, nitrate et pus feront au pourtour de l'orifice

des dépôts d'aspect noirâtre et sale. On serait tenté de les enlever. La pratique, que nous avons difficilement adoptée, nous a montré qu'il valait mieux n'y pas toucher. Les pansements eux-mêmes ne seront que rarement renouvelés, en un mot, l'abstention de toute intervention est encore la méthode préférable.

C'est ainsi que l'on assistera à la fermeture de la fistule, à la disparition de cette goutte persistante si justement dénommée *goutte tuberculeuse*. Malheureusement, dans ce cas, la phrase de Bazin reste vraie : « Ce n'est pas, parce qu'elle compromet l'existence que l'é-crouelle est fâcheuse, c'est par la difformité qu'elle occasionne, par la cicatrice plus ou moins hideuse qu'elle laisse après elle. »

II. *Traitement des cicatrices.*

Nous sommes ainsi conduit naturellement à étudier le traitement des cicatrices. Mais, nous tenons à le répéter, ce n'est pas dans le cas où la fistule a été créée par l'ignorance du malade ou l'intervention trop hâtive du chirurgien, que cette cicatrice existera. Dans tous les autres cas, elle peut, elle doit être évitée.

Plusieurs procédés ont été préconisés pour atténuer sinon faire disparaître, les cicatrices.

Les partisans de la radiothérapie signalent des succès et nous même avons vu un malade très satisfait des modifications survenues dans son état, à la suite de

nombreuses séances. Mais c'est là un procédé très incertain, car à côté de rares succès, nous avons vu bien des échecs.

M. le docteur Ménard de Berck, se trouve bien de l'emploi d'emplâtre de Vigo. Il en recouvre les cicatrices qui, après plusieurs applications, deviennent plus blanches et sont, paraît-il, beaucoup moins apparentes. Ces procédés, croyons-nous, sont applicables dans les cas de cicatrices peu étendues.

Nous ne les croyons pas suffisamment énergiques lorsque celles-ci couvrent une grande surface.

Lors donc qu'un malade, désolé de porter cette marque indélébile de la scrofule, viendra nous supplier de l'en débarrasser, nous tenterons, mais sans grande chance de succès, nous devons l'avouer, le traitement suivant.

Par une double incision en losange, empiétant de un à deux millimètres sur les téguments nouveaux, on enlève la totalité du tissu cicatriciel ; on libère ensuite les lèvres de cette plaie chirurgicale des plans profonds, de telle manière que la peau soit absolument mobile. Sur plusieurs centimètres on suture alors avec des aiguilles courbes excessivement fines, aiguilles à sutures intestinales et des crins également très minces. Les points sont multipliés et distants les uns des autres de trois à quatre millimètres au maximum. L'aiguille pénétrera aussi près que possible des bords libres de la plaie ; les fils seront retirés seulement le neuvième ou

(1) Siegel. Traitement des adénites cervicales tuberculeuses. *Presse médicale*, 26 avril 1905.

le dixième jour. Le succès de cette opération dépendra surtout de son aseptic, la moindre faute entraînant un échec certain.

Ce n'est certes pas là une opération brillante, mais les soins minutieux qu'elle réclame en font une intervention très délicate, qui nécessite surtout, chez l'opérateur, beaucoup d'adresse et une grande patience.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Pierre G..., 17 ans.

Père et mère morts tuberculeux. L'enfant est confié à l'Assistance publique. Il ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents personnels.

Envoyé le 15 octobre 1903 à l'hôpital de l'Oise, à Berck, il paraît assez robuste et dit avoir un bon état général. A l'examen on trouve sur le côté droit du cou, au niveau de la chaîne carotidienne, deux gros ganglions du volume moyen d'une noix. Ils sont peu distants l'un de l'autre.

Le 20 novembre, injection de 2 centimètres cubes de naphтол camphrée dans le ganglion supérieur. Nouvelle injection les 22, 25, 27, 30.

Le 2 décembre, ponction du ganglion qui donne quelques gouttes de liquide très épais et grumeleux. Une goutte de sang apparaît.

Le 4 décembre, deuxième ponction. On retire 3 centimètres cubes de pus, mais la peau qui recouvre la partie médiane du ganglion paraît nécrosée. On arrête les injections.

Le 5 décembre une petite fistule se produit en ce point. Nouvelle ponction faite en introduisant l'aiguille en peau saine ; la fistule est fermée et comprimée avec des tampons d'ouate.

Le 7 décembre la tumeur a disparu, une goutte de liquide séreux a taché le pansement au niveau de la fistule.

Le 8 décembre, injection de 2 centimètres dans le ganglion inférieur, la fistule suinte toujours légèrement. Pansement compressif.

Les 11 et 13 décembre, nouvelles injections de même quantité de naphtol. la fistule diminue, le pansement n'est presque plus souillé.

Le 15 décembre une ponction ramène 2 centimètres cubes de pus verdâtre, nouvelle injection de 1 centimètre cube. La fistule est à peu près tarie.

Les 17 et 19 décembre deux ponctions sont faites, la dernière évacuant complètement le contenu du ganglion.

Les pansements compressifs, surtout au niveau de la fistule, sont maintenus pendant trois semaines environ.

Le malade quitte l'hôpital le 28 septembre 1904. Guérison complète. Pas de cicatrice. Seul un point blanc trahit la situation de la fistule.

Le malade a été revu en 1905, il est actuellement employé dans une fabrique de crayons à Arras et n'a jamais eu de récidives.

OBSERVATION II

J. R..., 18 ans.

Entré à l'hôpital de l'Oise à Berck, le 20 novembre 1901, porteur de trois ganglions du volume moyen d'un œuf de pigeon.

Ils sont situés à gauche le long de la chaîne carotidienne et presque juxtaposés. L'évolution jusqu'à ce jour a été très lente. L'enfant ne peut préciser la date de leur apparition. Il dit seulement qu'ils ont « grossi » continuellement. Depuis deux mois cependant, ils semblent stationnaires. Au toucher on ne relève pas la moindre trace de fluctuation. Les trois ganglions sont également durs et immobiles. Il ne se produit pas de modification jusqu'au 20 avril. On fait alors dans le ganglion voisin de l'oreille une injection de 2 centimètres cubes de naphtol camphré (non émulsionné).

Le 22 avril, nouvelle injection de même dose, on ne perçoit

toujours pas de fluctuation cependant le ganglion a grossi, il paraît enflammé, la peau est rouge.

Le 24 avril, troisième injection. L'inflammation augmente. Fluctuation imperceptible.

Le 26 avril, on perçoit nettement la fluctuation. Une ponction ramène 4 centimètres cubes de pus très épais.

Le 28 avril, nouvelle ponction. On retire environ la même quantité de pus plus fluide.

Le 3 mai, troisième ponction. Un centimètre cube de pus s'écoule à peine. Toute trace de gonflement a disparu. On installe un pansement compressif à demeure.

Le 10 mai, injection de 2 centimètres cubes de naphtol camphré dans le deuxième ganglion.

Nouvelle injection le 12.

Le 15 mai, ponction et aspiration de 2 ou 3 centimètres cubes de pus épais. Nouvelle ponction le 17. Pansement compressif, on ne perçoit plus la moindre trace de gonflement.

Après quelques jours de repos, le 25 mai, on injecte dans le ganglion le plus bas situé, 1 gramme de naphtol camphré. On fait de même les 27, 29, 31 mai, 2 juin, de nouvelles injections de 2 centimètres cubes.

Le 4 juin, l'aspirateur ramène une petite quantité de pus couleur chocolat très grumeleux. L'aiguille laissée en place, on injecte 1 centimètre cube de naphtol.

Le 5, une ponction ramène en abondance du pus plus fluide.

De même le 6 et le 8 on retire chaque fois 2 ou 3 grammes de pus.

Le 11, on vide complètement l'abcès. Toute trace d'induration a disparu.

Guérison sans cicatrice ni fistule.

OBSERVATION III

Alice P..., 14 ans.

Mère morte de maladie inconnue.

Père robuste, bon état général. Remarié.

A. P.... entre à l'hôpital de l'Oise le 6 mai 1904. pour adénites cervicales tuberculeuses. A droite, micropolyadénite.

A gauche, quelques petits ganglions en grains de plomb, deux sont très volumineux. L'un dans la partie supérieure du cou, en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur ; l'autre dans la zone sous-maxillaire.

Quinze jours après son arrivée on fait une série de six injections de naphtol camphré de 2 centimètres cubes chacune dans le ganglion le plus haut situé. On laisse un jour d'intervalle entre deux injections consécutives.

Le 2 juin, première ponction qui donne issue à un gramme de liquide. Le soir le ganglion est douloureux. son volume a augmenté, la peau est tendue à sa surface.

Le 3 juin, une fistule s'est ouverte sur le point culminant du ganglion. Après avoir obturé l'ouverture de la fistule avec un tampon d'ouate hydrophile, on ponctionne en peau saine quelques gouttes de pus s'écoulent. Pansement compressif.

Le 4 juin, ponction, injection de naphtol qui est laissé cinq minutes en place puis retiré. Pansement.

Le 6 juin, nouvelle ponction assez abondante. Pansement.

Les 8 et 11 juin, la tumeur a beaucoup diminué de volume. Cautérisation de la fistule au crayon de nitrate d'argent.

Le 22 juin, nouvelle série de six injections dans le ganglion sous-maxillaire, dans les mêmes conditions que précédemment. Après la sixième injection, ponction tous les deux jours.

Dès la quatrième ponction toute trace de tuméfaction a disparu.

La fistule laisse encore filtrer un léger suintement. des pansements compressifs sont renouvelés tous les deux jours.

Vers la fin de juillet la fistule est tarie.

La micropolyadénite a cédé au traitement général.

La malade quitte l'hôpital en octobre 1904.

La fistule est fermée mais une cicatrice marque encore sa place.

Vue de nouveau en avril 1905, la malade est parfaitement guérie. Elle n'a pas eu de récédive; son état général est excellent. Une légère trace de la fistule est encore perceptible.

OBSERVATION IV

M... M..., 21 ans.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère morte de peritonite aiguë.

Antécédents personnels. — M. M..., a eu la scarlatine dans son enfance.

Depuis trois ans le malade a observé dans la région du sterno-cléido-mastoïdien, au-dessous de la parotide du côté droit un empâtement formant tumeur qui subissait des alternatives d'accroissement et de diminution. C'est en vain que l'usage de pommades résolutives a été tenté.

Le malade vient à Berck au mois d'août 1903. L'examen de la région révèle la présence d'une tumeur située, comme il est dit ci-dessus et du volume approximatif d'un œuf de pigeon. On remarque en même temps dans la bouche quatre dents cariées du côté malade. Elles sont enlevées le lendemain.

Le traitement local est commencé le 25 août par une injection de 1 centimètre cube de naphtol et de glycérine faite en plein tissus induré. Cette injection est particulièrement pénible par suite de la dureté du ganglion. M. M..., accuse des douleurs assez vives dans la soirée et dans la nuit. Il dit même avoir eu un léger mouvement fébrile.

Le 28 août, la masse est toujours dure. On fait une nouvelle injection. Celle-ci est moins douloureuse, le malade ne présente aucune réaction, ni locale, ni générale.

Il en est de même les 1, 6, 12 et 16 septembre. On note toujours pas de modification appréciable du ganglion.

Devant cet insuccès apparent, une injection massive de 2 centimètres cubes et demi de naphtol est faite le 20 septembre, elle paraît également infructueuse.

Le 7 octobre on croit percevoir un léger ramollissement du ganglion et on annonce au malade une ponction pour le surlendemain. Elle est pratiquée, en effet, le 9 octobre, mais sans résultat. On fait alors, par l'aiguille laissée en place une nouvelle injection de 1 centimètre cube et demi de naphtol et on laisse le malade au repos pendant dix jours.

Le 19 octobre, l'empâtement paraît moins considérable, le ganglion semble ramolli, cependant une ponction pratiquée reste blanche. On injecte aussitôt 1 centimètre cube de naphtol camphré.

Le 20 octobre, une ponction ramène 6 centimètres cubes de pus verdâtre, épais, peu grumeleux. L'évacuation n'est pas poussée à bout, on ne fait pas d'injection.

Le 26 octobre, nouvelle ponction. On retire 2 centimètres cubes de pus brunâtre et limpide ; c'est en vain qu'on tente d'en retirer d'avantage.

A partir de ce moment l'abcès ne se forme plus, la peau reste souple et mobile, il n'y a plus trace d'empâtement.

Pendant toute la durée du traitement, le malade a absorbé des doses progressivement croissantes de teinture d'iode. Ayant débuté à 4 gouttes par jour, il était arrivé à 30 gouttes au moment où toute trace d'abcès avait disparu.

Nous avons revu le malade plusieurs fois dans le courant de mai et de juin 1905. La guérison est parfaite, il n'y a pas trace de cicatrice, la palpation même minutieuse ne trouve plus le moindre empâtement.

OBSERVATION V

G. L..., 23 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Deux frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — Dans la première enfance, L... a éprouvé diverses maladies.

A 6 mois la coqueluche ; à deux ans et demie la scarlatine. entraînant comme complication une diphtérie, deux mois après enfin la rougeole.

Depuis ce moment L... quoique restant chétif jusqu'à l'âge de 10 ans, jouit d'une bonne santé habituelle et devient un garçon vigoureux. D'une taille d'un mètre soixante-seize, il pèse quatre-vingts kilos.

Le malade dit avoir été, en juin 1903, piqué par une mouche. Le lendemain il se produit un gonflement considérable de l'index de la main droite, siège de la piqûre, gonflement qui ne tarde pas à gagner la face dorsale de la main, nécessitant deux jours après, deux incisions, l'une sur la face dorsale de la première phalange, l'autre sur la face dorsale du deuxième métacarpien. Le malade porte encore la trace de ces cicatrices. Il fait jouer un rôle très important à cette piqûre dans l'étiologie de l'affection pour laquelle il est actuellement en traitement.

En décembre 1903, une bronchite aiguë retient le malade deux jours au lit. Elle guérit en huit jours, mais bientôt après, L... remarque une tuméfaction de la région sous-maxillaire gauche liée probablement à une légère angine.

En février 1904, le malade remarque, en faisant sa toilette, à la partie moyenne de la région sterno-mastoïdienne gauche, une tumeur dure, indolore, qui a passé inaperçue jusqu'à ce jour.

Vers cette époque l'état général du malade devient moins

satisfaisant ; en même temps se produisent des sueurs nocturnes, de l'inappétence, la résistance physique du sujet devient moindre qu'à l'état normal.

L... consulte pour ce motif le professeur P. Spilmann, de Nancy, qui diagnostique une adénite tuberculeuse chronique, prescrit un traitement général et pratique dans le ganglion une douzaine environ d'injections d'éther iodoformée.

Vers la *dixième injection*, il retire par ponction une seringue de Pravaz de liquide purulent. Deux autres ponctions pratiquées à quelques jours d'intervalle, ramenant une quantité de pus encore moindre et tout rentre dans l'ordre.

Vers le mois de décembre 1904, nouvelles tumeurs dans la région sterno-mastoiïdienne droite dans une situation à peu près symétrique à la précédente, mais plus superficielle.

Traitée en janvier 1905 par le professeur Spilmann, par quatre injections d'éther iodoformé, espacées chacune de huit jours, cette adénite arrive à suppuration au bout de la troisième semaine, et quelques ponctions, évacuations séparées les unes des autres par le même nombre de jours, amènent la guérison.

Mais avant même la disparition complète de la tuméfaction, au commencement de février, se produit une nouvelle poussée ganglionnaire dans le creux sus-claviculaire droit.

La masse indurée, relativement volumineuse efface la dépression normale de la région. Le professeur Spilmann pratique immédiatement des injections d'éther iodoformée ; ces injections sont faites cette fois tous les deux ou trois jours. Elles atteignent le nombre de dix. Sous leur influence la masse ganglionnaire se ramollit. Tous les quatre ou cinq jours le docteur Spilmann pratique une ponction évacuatrice.

Au début d'avril, l'adénide suppurée menaçant de s'ouvrir à l'extérieur, L... se décide sur le conseil du docteur Spilmann à venir à Berck consulter le docteur Calot.

A son arrivée, le 6 avril, il présente tous les signes extérieurs d'un bon état général, mais en le faisant déhabiller on remarque

une tuméfaction rosée de la région sus-claviculaire droite, dont la dépression est comblée. Cette tuméfaction, grosse comme un œuf de pigeon, est nettement fluctuante à la palpation. A son point culminant la peau commence à devenir violacée et menace de se rompre. Au-dessous d'elle on sent une induration plus profonde remontant vers la région sternocléido-mastoïdienne.

Une ponction est pratiquée immédiatement, l'aiguille étant enfoncée très obliquement afin de traverser la peau saine, et on retire de la sorte 6 centimètres cubes environ de pus brunâtre. Sans retirer l'aiguille n° 3 de l'aspirateur Collin, on injecte au moyen d'une seringue de Lür dans la poche actuellement déprimée, un centimètre cube de naphthol émulsionné dans les proportions suivantes :

Naphthol	1
Glycérine	3
Emulsine	1

Sur la région, on applique un pansement ouaté légèrement compressif, maintenu par une bande de crêpe Velpeau passant sous l'aisselle du côté opposé.

Le lendemain 7 avril, L... est revu dès huit heures du matin. La poche étant de nouveau distendue est ponctionnée de la même manière. Le soir, vers six heures, nouvelle ponction suivie de l'injection d'un centimètre cube de l'émulsion de naphthol.

Les jours suivants, 8, 9 et 10 avril, les ponctions sont pratiquées deux fois par jour de façon à éviter à tout prix l'ouverture menaçante de la collection supprimée.

Le 11 avril, la quantité de liquide retirée par la ponction étant moindre, la peau reprenant un peu de vitalité, on pratique une nouvelle injection de naphthol émulsionné.

Les 12 et 13 avril, on pratique chaque soir une ponction suivie d'injection de naphthol.

Dès lors, la suppuration reste modérée et régulière, et les jours suivants, 14, 15, 16 et 17 avril, il suffit de ponctionner la poche toujours en prenant grand soin de passer en peau saine.

A ce moment l'orifice d'une ponction antérieure à l'arrivée de L... à Berck donne un léger suintement. Pour éviter de voir cet orifice se fistuliser, on pratique après les ponctions comme d'habitude, une compression très exacte de la région au moyen de lanières de coton hydrophile, mouillé et exprimé, entrecroisées sur l'abcès, dont les isole une simple lame de gaze aseptique. Sur le tout on dispose une couche d'ouate ordinaire, suffisante pour assurer le maintien parfait du pansement par la bande de crêpe Velpeau.

Au bout de quelques jours le petit orifice est complètement fermé.

A partir du 24, négligeant la partie abcédée on porte le naphthol émulsionné pargoutte, cette fois, dans la masse indurée sous-jacente.

Ces injections sont renouvelées les 24, 25, 26, 27, 28, 29 avril ; 1, 2, 3, 6, 16, 18 mai, sans incident.

Signalons seulement la nécrose de la partie toute centrale de la peau mortifiée qui couronnait la tumeur, mais alors seulement que celle-ci était complètement affaissée et la suppuration presque tarie. La petite plaie de deux ou trois millimètres qui en est résultée, s'est cicatrisée rapidement sous l'influence de quelques attouchements au crayon de nitrate d'argent.

Le 31 mai la cicatrisation est complète. Le creux sus-claviculaire a repris sa profondeur habituelle.

La peau, d'aspect normal, présente une petite cicatrice déjà presque imperceptible. Quant aux traces des ponctions, elle sont invisibles, même pour un œil prévenu.

OBSERVATION VI

Mlle F. B..., 21 mois.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents paternels ni maternels.

Un oncle a une coxalgie.

A 18 mois, le 17 février 1905, la mère s'aperçoit que l'enfant présente un empâtement s'étendant de la région mastoïdienne droite au-delà de la ligne médiane du maxillaire inférieur.

Cet empâtement produit une déformation visible qui détermine les parents à conduire l'enfant chez un médecin. Celui-ci prescrit l'application de différentes pommades telles que collargol, onguent napolitain, etc.

Les gencives sont enflammées, la dentition de l'enfant est en retard, le médecin ordonne donc un collutoire boraté à appliquer matin et soir. Des bains salés sont donnés en même temps. Ce traitement semble inefficace, seul le collargol produit une légère diminution, tout à fait passagère d'ailleurs, de l'engorgement. Pendant ce temps la dentition progresse. Vers le 10 mai l'enfant a 12 dents, les grosses molaires inférieures commencent à percer.

Au point de vue local, la peau qui recouvre le ganglion est rouge, tendue, amincie. On craint l'ouverture spontanée.

C'est dans cet état que le 6 mai l'enfant est amené à Paris au docteur Calot. Celui-ci pratique immédiatement une première ponction qui évacue 5 centimètres cubes de pus épais grumeleux, verdâtre, couleur purée de pois.

Il fait aussitôt une injection de quelques gouttes de notre solution. La compression à la main est maintenue 10 minutes environ, on place ensuite un pansement compressif.

Le lendemain matin 7 mai, une deuxième ponction retire 15 centimètres cubes de pus. On ne fait pas d'injection. Le soir

même une troisième ponction s'impose, elle donne issue à 6 centimètres cubes de liquide.

Les 8, 9, 10 et 11 mai il est encore nécessaire de ponctionner deux fois par jour.

Le 12 mai, on pratique une seule ponction qui évacue 5 centimètres cubes environ de pus assez limpide. La peau est beaucoup moins tendue, presque normale, il semble qu'il n'y aura pas de fistule. Pendant ce temps, on a injecté en plusieurs fois 2 centimètres cubes de naphtol émulsionné.

Le 13 mai, nouvelle ponction suivie d'une injection de quelques gouttes de naphtol.

Les 14, 15 et 16 mai, le pansement est enlevé, puis remplacé, une intervention ne paraissant pas nécessaire.

Le 17 mai, le pus s'est reformé, l'aspirateur retire 4 centimètres cubes de liquide.

Le 19 mai, une nouvelle ponction est tentée. Après l'issue dans l'aspirateur d'une ou deux gouttes de pus, le sang arrive assez abondamment. Sans pratiquer d'injection on applique un pansement aussi compressif que possible. —

L'enfant est conduite à Berck le 23 mai.

A son arrivée la peau est de nouveau rouge et tendue, il semble que l'abcès va s'ouvrir. On fait donc des réserves sur la possibilité d'une fistule. Une ponction faite à deux heures de l'après-midi retire très peu de pus. Elle est suivie de l'introduction dans la poche de 3 ou 4 gouttes de la solution naphto-lée.

Une demi-heure après on est obligé d'évacuer l'abcès avec l'aspirateur. On retire ainsi 10 centimètres cubes d'un liquide brunâtre sanguinolent. On fait à la main la compression pendant une demi-heure environ, après quoi on installe un pansement compressif.

Les jours suivants, 24, 25, 26 et 27 mai, il est nécessaire de faire à l'enfant deux pansements par jour. Il est inutile d'intervenir, car l'orifice de pénétration de l'aiguille ne s'étant pas refermé, il laisse échapper lentement le trop plein de la poche.

Pour vider celle-ci, il suffit de presser doucement sur la surface de l'abcès, en ayant soin d'arrêter la pression quand passe un grumeau. A chaque nouveau pansement l'orifice est obturé, mais la moindre pression suffit pour le rendre à nouveau perméable. Après chaque évacuation on comprime soigneusement.

Le 28 mai, l'orifice étant obturé on doit faire une ponction qui amène 5 centimètres cubes de pus.

Le 29 mai, nouvelle ponction. Le pus est encore grumeleux, brunâtre ; on injecte quelques gouttes de naphtol.

Les 30 et 31 mai, et le 1^{er} juin, le pus s'écoule spontanément par deux orifices d'aiguilles situés, l'un en avant, près du menton, l'autre en arrière, près du maxillaire inférieur. La peau ayant été très altérée par des distensions successives, on a soin de ne pas créer de nouveaux orifices et de profiter de ceux déjà existant.

Le 2 juin, l'empatement situé sur la périphérie de l'abcès est encore considérable. Aux deux pôles (près de l'angle du maxillaire et près de la symphyse mentonnière), on trouve des masses indurées. On pousse donc une injection de 1 centimètre cube de naphtol dans la partie antérieure de la tumeur.

Le 3 juin au matin, le pansement, traversé pendant la nuit, est changé. Le pus s'est écoulé par un orifice circulaire nettement limité, trace du passage antérieur d'une aiguille. C'est par là qu'a été évacué le contenu de l'abcès.

Les 4, 5, 6 et 7 juin, même manœuvre. La poche, une fois vidée, on fait de simples pansements.

Le 8 juin, de nombreux grumeaux obstruent l'orifice ; on pratique une injection dans les masses indurées. Notons que pour faire cette injection nous remplaçons l'aiguille n° 4 de Dieulafoy, par une aiguille de Pravaz, en vue de ménager la peau.

Le 10 juin au matin, le pansement est intact, mais la pression de la poche donne issue à une quantité considérable de pus.

A 2 heures après-midi, l'enfant devant partir pour Paris, on vide encore la poche par pression ; on obtient quelques gouttes à peine de liquide.

Le 11 et le 12 juin nouvelles pressions sur la poche ; la seconde seule fait sourdre une quantité appréciable de pus.

Le 14 juin la poche est fluctuante, on retire par pression cinq centimètres cubes de liquide. On fait de même les 15, 16 et 17 juin. Le pus est fluide il n'y a plus de grumeaux. Le 18 juin le pus ne s'est pas reformé ; la tumeur primitive n'existe plus, cependant la palpation décèle un petit noyau induré au-dessous de l'abcès. On injecte en ce point quelques gouttes de naphthol.

Le 20 juin, la fistule étant fermée on pratique une ponction à travers le tissu sain et on ramène ainsi une ou deux gouttes de pus grumeleux.

La guérison n'est pas encore complète mais on peut l'annoncer comme très prochaine.

OBSERVATION VII

Mlle M. H..., 19 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de paludisme, mère bien portante, un frère également bien portant.

Antécédents personnels. — Scarlatine dans l'enfance.

Au mois d'avril 1905, la malade s'aperçoit d'un empâtement indolent, siégeant au-dessous et un peu en arrière de l'angle droit du maxillaire inférieur. Comme cette déformation non seulement persiste, mais s'accroît, elle consulte différents chirurgiens à Paris. Tous sont partisans d'une intervention sanglante, toute autre tentative de traitement devant fatalement échouer. L'un d'eux fixe même à 8 centimètres la longueur de l'incision.

La crainte de la cicatrice détermine le voyage de la malade à Berck. A son arrivée, on constate une adénopathie du vo-

lume approximatif d'une grosse noix. L'examen de la bouche révèle la carie de deux molaires. La malade se refuse à les faire enlever.

Le jour même, c'est-à-dire le 9 mai, une ponction ramène un centimètre cube et demi de pus verdâtre très épais, grumeleux. On injecte ensuite un centimètre cube de naphthol émulsionné. Cette injection n'est pas douloureuse.

Les 10, 11, 12 et 13 mai, nouvelles ponctions suivies d'autant d'injections de un centimètre cube chaque.

Le dimanche 14 mai, pansement sans intervention.

Les 15 et 16 mai, ponctions et injections.

Le 17 mai, le pus ramené par la ponction est brunâtre. Pansement sans injection.

Le 18 mai, ponction et injection. Le lendemain matin, on remarque qu'il s'est écoulé par l'orifice de pénétration de l'aiguille, une quantité notable de pus brun chocolat. Par pression, on évacue complètement la poche et on fait un pansement compressif.

Les 20, 22 et 26 mai, nouvelles ponctions peu abondantes, pas d'injections.

Le 29 mai, on remarque un fort empatement siégeant à la partie supérieure, derrière l'angle du maxillaire inférieur. On porte à ce niveau une injection de 1 centimètre cube de naphthol.

Les 30 et 31 mai, par de nouvelles ponctions, on évacue la partie inférieure de la tumeur et on injecte 1 centimètre cube chaque fois à la partie supérieure.

Les 1, 2, 3 et 4 juin, on retire chaque fois par ponction, 6 à 8 centimètres cubes d'un liquide brunâtre très fluide, mais la partie supérieure reste dure. C'est donc à ce niveau qu'on pousse le 6 juin une nouvelle injection.

Le 7 juin au matin, le pansement est de nouveau traversé. La pression sur l'abès fait sortir le pus par un orifice situé à la partie supérieure, au point de pénétration des dernières injections. Cette ouverture se ferme chaque soir, mais des pres-

sions pratiquées sur la poche le 8 et le 9 juin suffisent à l'ouvrir. Le pus s'écoule toujours de la partie inférieure, la partie supérieure restant toujours dure.

La malade, par crainte de cicatrice, refuse de laisser pratiquer une injection par un nouvel orifice.

Le 10 juin, nouvelle évacuation de la poche par pression, suivie d'une injection de quelques gouttes de naphthol.

Le 12 juin, la pression de la poche ramène une quantité considérable de pus.

On pratique une injection de naphthol dans la partie profonde encore dure.

Les 13 et 14 juin, nouvelles injections de quelques gouttes de notre solution ; une ponction est pratiquée, on ne retire que quelques gouttes de liquide.

Le 15 juin on fait une nouvelle ponction. L'aiguille, passant en plein tissu sain, pénètre dans la profondeur de l'abcès. On ramène ainsi deux centimètres cubes de liquide peu grumeleux.

Le 16 juin nouvelle ponction sans injection.

L'orifice de pénétration de l'aiguille a laissé sourdre quelques gouttes de pus qui ont souillé le pansement. On revoit le malade le 17 juin et, sans intervenir, on fait la compression avec une bande de crêpe de Velpeau.

Le 19 juin le pansement n'est pas souillé, la tumeur est absolument affaissée. La guérison est complète. on perçoit seulement la trace du passage antérieur de l'aiguille par lequel le pus s'est écoulé pendant quelques jours.

CONCLUSIONS

Toute adénite cervicale tuberculeuse chronique doit guérir sans cicatrices.

Ce résultat ne sera jamais obtenu par l'intervention sanglante. On devra donc toujours s'adresser dès le début, au traitement conservateur.

Ce traitement devra être général et local :

Général, il sera celui de toute tuberculose.

Local, il se résumera en injections de naphtol camphré émulsionné. Le traitement des complications aura aussi pour but de réduire au minimum la tare d'une cicatrice inévitable.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
RECLUS.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BARTH. — In *Traité de médecine et de thérapeutique*, Brouardel et Gilbert, t. VIII.
- BAYLAC. — Recherches sur la toxicité du naphthol camphré. *Bulletin de la société de médecine de Toulouse*, juillet 1898.
- BAZIN (E.). — Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule etc. Paris, 1861, 2^{me} édition, p. 403 et suivantes.
- BERGER ET BEZANÇON. — Tuberculose ganglionnaire, pseudo-lymphadémique. C. R. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1899.
- BLAIZOT. — Traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections médicamenteuses. Paris, 1890.
- BOUET. — Traitement des abcès tuberculeux par le naphthol camphré. Paris, 1895.
- BOUVIER. — Art. *Gymnastique* dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1833.
- BORDEU. — Dissertation sur les écrouelles. (Œuvre complète de Bordeu, 1818.)
- BRISSAUD. — Etudes sur les tuberculoses locales. In *Archives générales de médecine*, 1880, t. II.
- Article scrofule du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1882.
- BROCA ET DELANGLADE. — *Traité des maladies de l'enfance*, 1898.
- BRUNIER ET DUCROQUET. — Des injections de naphthol camphré dans le traitement des tuberculoses de l'enfant. *Recue d'hy-*

- giène et de médecine infantiles. *Annales de la polyclinique*
H. de Rothschild, 1902, t. I, p. 230.
- CALOT. — Congrès de chirurgie, 1892.
— Maladies qu'on soigne à Berck.
- CAZIN. — Influence des bains de mer sur la scrofule. Paris,
1885. *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, t. X,
p. 222.
- CHAMEROY. — *Th.*, Paris, 1882.
- CHARMENTON. — Traité des écouelles. Avignon, 1752. Lyon,
1755.
- CHAUVEL. — Discussion de la Société de chirurgie. Séance du
13 février 1884.
- COLINEAUX. — Contribution à l'étude des accidents d'intoxica-
tion par le naphtol camphré, dans le traitement des tuber-
culoses chirurgicales. *Th.*, Bordeaux, 1902.
— XIV^e Congrès de chirurgie, 1904.
- CONTENAU. — Adénites d'origine dentaire. *Th.*, Paris, 1903.
- CORBEIL. — *Th.*, Paris, 1882.
- CORNIL. — Tuberculose des muqueuses considérée comme
porte d'entrée du virus tuberculeux. Congrès de la tuber-
culose. 1888.
- COURMONT, TIXIER et BONNET. — De la lymphadénie tubercu-
leuse ganglionnaire et viscérale. *Journal de physiol. et de*
pathol. gén., 1899.
- DAVID. — Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses
par le naphtol camphré. Paris, 1892.
- DEANESLY. — Le traitement par le plein air de la tuberculose
chirurgicale. *Brith. med. jour.* 17 oct. 1903, 986-87.
- DELBET. — Traité de chirurgie, Le Dentu, Delbet, t. I, art.
Lymphadénone.
- DELPECH. — Précis élémentaire des maladies réputées chirur-
gicales. Paris, 1816, t. II, art. II. Des tubercules scrofu-
leux.
- DESEQUELLE. — Toxicité du naphtol camphré. *Bull. et Mém.*

de la Soc. de med. et de chir. pratiques de Paris. Séance du 6 nov. 1904, p. 322.

DESESQUELLE et LEGENDRE. — De la toxicité du naphthol camphré. *Bull. et Mémoire de la Soc. de thérapeut.*, séance du 8 juin 1898, p. 295 et *Semaine Médicale*, 1898, p. 269

DIEULAFOY. — Tuberculose larvée de trois amygdales. Acad. de méd. Séance du 30 avril 1895.

ESPINE (D') et PICOT. — Manuel des maladies de l'enfance. Paris, 1894.

FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe.

FRAENKEL. — Prager Zeitschrift für Heilkunde. Heft 2 et 3, 1885.

— *Gazette des Hopitaux*, 1889, p. 1147, 1161.

GILLETTE. — Dictionnaire Dechambre. Art. *Cou* (Chirurgie).

GOUZY. — Contribution à l'étude clinique et expérimentale du naphthol camphré. *Th.*, Toulouse, 1897.

GRANCHER. — Article *Scrofule* du Dictionnaire encyclopédique.

GUERSANT. — Article *Scrofule* du Dictionnaire de médecine en 30 vol., Paris, 1844.

GUINARD. — Des intoxications par le naphthol camphré. Bulletin et mémoire de la Soc. de Chirurgie de Paris. Séance du 11 mai 1904, p. 510, 11, 12. *Semaine médicale*, 1904, p. 413.

HALLION et CAZIN. — Des dangers de l'emploi du naphthol camphré. *Semaine médicale*, 28 décembre 1904.

KAPPENER. — *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 11 février 1878.

KIRMISSON. — In Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VII, p. 854.

KNOFF. — *Les Sanatoria*. Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire. *Th.* Paris, 1895.

LAGRANGE. — L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, Paris, 1894.

LALESQUE. — Quels sont, au point de vue de la généralisation

de la tuberculose, les effets de la cure marine ? *Journal de physioth.*, 15 mai 1903.

LANNELONGUE. — Abscès froids et tuberculose osseuse. Paris, 1881.

LANGLOIS. — Précis d'hygiène publique et pratique, Paris, 1903.

LASSERRE. — Du traitement des abcès froids par des injections de naphthol, Paris, 1889.

LEGROUX. — Congrès de la tuberculose. 1888.

LEJARS. — Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. Essai sur la lymphangite tuberculeuse, 1892.

— Traité de chirurgie. Duplay et Reclus, t. I. 2^e édit. Art. *Adénite tuberculeuse*.

LEVY et CLÉMENT. — Adénites cervicales chroniques. *Gazette des hôpitaux*, 1905, p. 195 et suivantes.

LÉVY-KLOTZ. — Du traitement des tuberculoses locales, etc... *Th.*, Paris, 1896.

LYON (G.) — Traité élémentaire de Clinique thérapeutique, Paris, 1899.

MANSON. — Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'extirpation, et en particulier chez les enfants. *Th.*, Paris, 1895.

MARCHANT. — Hygiène de la mer, p. 6 et 7, Dieppe, 1875.

MONTEUUIS (A.) — Les enfants aux bains de mer, Paris, 1899.

MOTY. — Sur les intoxications par le naphthol camphré. *Bulletin et mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*. Séance du 18 mai 1904, p. 536.

NÉLATON. — Intoxication par le naphthol camphré. *Bull. et mém. de la Société de Chirurgie de Paris*. Séance du 5 juillet 1893 et *Semaine médicale* 1893, p. 334.

PARMENTIER. — Traité de médecine, Brouardel, Gilbert. t. VI.

PERRIER. — Sur les intoxications par le naphthol camphré. *Bull. et mém. Soc. Chirurgie*, Paris, 18 mai 1904, 529, 533.

- PAUL (C.) et RODET (P.). — Traitement du lymphatisme et de la scrofule. Paris, 1894.
- PETIT (R.). — De la tuberculose des ganglions du cou. *Thèse*, Paris, 1897.
- PHOCAS. — Valeur des injections dans les tuberculoses locales. *Bull. méd. de Lille*, 1890, XXIX, 414.
- PRICQUE. — Etude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs ganglionnaires du cou. *Gazette des hôpitaux*, 8 fév. 1890, n° 17.
- POUILLOT. — Contribution à l'étude de l'emploi du naphtol camphré en chirurgie. Paris, 1889.
- POZZI. — *Gazette médicale de Paris*, 1886, 7, 5, II, 195-197.
- PRIVAT. — Les eaux thermales de Cauterets, *Thèse*, Paris, 1905.
- REBOUL. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses, de l'emploi des antiseptiques et en particulier du naphtol camphré. *Thèse*, Paris, 1889.
- REVERDIN. — De l'emploi du naphtol dans les pansements. *Revue méd. de Genève*, 1888.
- RICARD. — Adénites pseudo-tuberculeuses, Congrès de chirurgie, 1889.
- RICARD et LARREY. — Adénopathies pseudo-tuberculeuses des ganglions du cou. *Gaz. des hôpitaux*, 1889, p. 1084.
- ROBBOS. — Accidents produits par le naphtol camphré en injections interstitielles. *Thèse*, Montpellier, 1901.
- ROUX et BÉRARD. — Article « Abscess » du dictionnaire en 30 volumes.
- SABRAZES. — Tuberculose hypertrophique méconnue des ganglions lymphatiques. *Bull. de la Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1892.
- STARCK. — *Beitrag zur Klin. Chirurgie*, XVI-I, résumé, 1896, dans la *Revue de la tuberculose*. Paris, 1896.
- Ganglions cervicaux tuberculeux rapp. avec dents cariées, p. 123-131.

- SOUBEYRAN. — Le permanganate de potasse dans le traitement de la tuberculose chirurgicale. *Bull. de thérapeutique*, 15 mai 1903. p. 676.
- TRÉLAT. — *Bulletins et mémoires de la Soc. de chirurgie*, t. X, p. 177.
- VAN MERRIS. — La scrofule et les bains de mer, 1886.
- VANDERTS. — Du traitement des abcès tuberculeux par le bleu de méthylène. *Journal des Praticiens*, 24 mars 1904.
- VELPEAU. — *Dictionnaire Dechambre*. Art. Adénite.
- VERCHÈRE. — *Revue de chirurgie* de 1886, VI. p. 476.
- VERNEUIL. — Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. Paris 1888-1890.
- *Revue de chirurgie*, 1885, V. p. 428.
- WENDELSTADT. — Traitement de la tuberculose des os et des articulations par les injections pneu-chymateuses d'huile iodoformée, *In Centralblatt für chirurgie*. Leipzig, 1889, XXXVIII, 665.
- WINIWARTER. — *Arch. für Klin. chirurgie*, vol. XVIII, p. 98.
- XECH. — Du traitement des abcès froids par l'éther iodoformé et le naphtol camphré, Toulouse, 1902.
- ZUNDY. — *Arch. für Klin. chirurgie*, 1896, n° 1.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
